



Consentimiento informado para divulgar información médica

Programa #: \_\_\_\_\_ Cliente #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

POR FAVOR ESCRIBIR CON LETRAS DE MOLDE

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

POR FAVOR ESCRIBIR CALLE CIUDAD ESTADO C. POSTA CON LETRAS DE MOLDE

- \* Lea y firme este consentimiento para demostrar que entiende y está de acuerdo con su contenido.
\* En el reverso de este documento encontrará información sobre los servicios del programa.
\* Firme este consentimiento para formar parte del Programa Iowa Get Screened.

- 1) Quiero formar parte del Programa contra el cáncer colorrectal de Iowa Get Screened. Este programa examina tanto a hombres como a mujeres para detectar el cáncer colorrectal. Para formar parte del programa, sé que debo tener entre 50-64 años de edad, no debo tener síntomas del cáncer colorrectal, debo tener un ingreso inferior al establecido por las pautas de ingreso fijo y no debo tener seguro médico o bien, o no tener suficiente seguro.
2) Formar parte de este programa es una decisión mía. Si ya no deseo ser parte del programa se lo puedo comunicar al personal de Iowa Get Screened.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese inmediatamente con el personal de su programa local.
Nombre del personal de su programa: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

- 3) He conversado con el personal del programa sobre cómo voy a pagar los estudios o servicios que no estén cubiertos por Iowa Get Screened.
4) Me hago responsable de seguir las indicaciones que mi médico me pueda dar.
5) Autorizo a mi médico, al laboratorio, a la clínica, a la unidad de radiología y/u hospital a proporcionarle al Programa Iowa Get Screened los resultados de mis exámenes, estudios de seguimiento y tratamiento. Esto incluye los resultados de servicios del programa prestados dentro del último año desde la fecha que figura en el presente documento.
6) Iowa Get Screened usará mi nombre, dirección y cualquier otra información personal para hacerme recordar sobre los exámenes, estudios de seguimiento o para ayudarme a encontrar tratamiento.
7) Iowa Get Screened y los Centros de Detección y Control de Enfermedades pueden aprobar estudios para ayudar a los investigadores a obtener más información sobre la salud colorrectal. Mi nombre no será usado. Mi información se combinará con la de otros participantes antes de ser divulgada.
8) Si no puede localizarme y tiene información importante sobre mi salud, por favor póngase en contacto con la persona que figura a continuación, que no vive conmigo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

POR FAVOR ESCRIBIR CON LETRAS DE MOLDE

Dirección: \_\_\_\_\_

CALLE CIUDAD ESTADO C. POSTAL

- 9) Eximo a este Programa, a sus empleados y agentes de todo reclamo, demanda, y acción relacionada con mi participación en Iowa Get Screened. Esto abarca todo reclamo relacionado con el fracaso en la detección o diagnóstico de cáncer, fracaso del tratamiento, o cualquier otro acto u omisión relacionado con el diagnóstico y tratamiento mientras formo parte del programa.

Firma del Cliente Fecha Firma del proveedor Fecha
BLANCO - Archivo del Programa Local AMARILLO - Participante

## Servicios del Programa

Iowa Get Screened puede cubrir:	
<p>Si soy un participante que cumple con los requisitos de edad (50-64 años)</p>	<p>Pruebas de detección y procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba inmunoquímica fecal anual (FIT, en inglés)</li> <li>• Colonoscopia cada 10 años, desde el último chequeo.</li> <li>• Biopsia/polipsectomía durante una colonoscopia</li> <li>• Preparación del intestino</li> <li>• Sedación moderada para colonoscopia</li> <li>• Visitas al consultorio relacionadas con las pruebas mencionadas</li> </ul> <p>Servicios de seguimiento de diagnostico recomendados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio relacionadas con estudios y pruebas de diagnostico</li> <li>• Estudio completo de colon, mediante colonoscopia (preferido) o DCBE (Enema de bario con doble contraste) con prescripción médica</li> <li>• Biopsia/polipsectomía durante una colonoscopia</li> <li>• Sedación moderada para colonoscopia</li> <li>• Preparación del intestino</li> <li>• Costos patológicos</li> </ul>
Iowa Get Screened <b>no</b> cubre:	
<p>Si soy un participante que cumple con los requisitos de edad (50-64 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección a realizarse en intervalos más cortos que los que recomiendan las pautas nacionales.</li> <li>• Colonografía por TAC (o colonoscopia virtual) como prueba de detección primaria</li> <li>• Estudios de tomografía computarizada (CTs o CAT, en inglés) solicitados para la clasificación por etapas u otros propósitos</li> <li>• Cirugía o clasificación patológica (<i>surgical staging</i>), salvo que se requiera y se apruebe específicamente por las autoridades del programa para proporcionar un diagnostico histológico del cáncer.</li> <li>• Cualquier tratamiento relacionado con el diagnóstico de cáncer colorrectal.</li> <li>• Cualquier cuidado o servicio recibido por complicaciones resultantes de pruebas o estudios de diagnostico prestados por el programa.</li> <li>• Evaluación de síntomas en clientes que se presenten por estudios de cáncer colorrectal pero que resulten tener síntomas gastrointestinales.</li> <li>• Servicios de diagnostico en clientes que se hayan realizado un estudio de diagnostico positivo fuera del programa.</li> <li>• Manejo de condiciones médicas, inclusive Enfermedad Intestinal Inflamatoria (ej. Colonoscopías de control y terapia médica)</li> <li>• Pruebas genéticas en clientes que presenten antecedentes sugestivos de cáncer colorrectal hereditario no asociado con poliposis (HNPCC, en ingles) o poliposis adenomatosa familiar (FAP, en ingles).</li> <li>• Uso de propofol como anestésico durante una endoscopia, a menos que las autoridades del programa requieran y aprueben específicamente su uso en casos donde el cliente no puede ser sedado con el método estándar de sedación moderada.</li> </ul>